チャイルドシート・カーベスト　レンタル申込書

受付　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名		
住　　所	〒　　― 松江市　　町	
対象となるお子様の生年月日	年　　月　　日生	
連　絡　先　＊すべて記入しなくても構いませんが、必ず連絡のつく方法をご記入ください。		
電　話	自　宅	―　　―
	ＦＡＸ	―　　―
	携　帯	―　　―
	勤務先	―　　―
Eメールアドレス		
利用開始希望日	年　　月　　日頃から	
備　　考		
貸　出　日	年　　月　　日	
チャイルドシート ・カーベスト登録番号	No.	
貸出付属品	取扱説明書 ・ 金具 ・ クッション背面 ・ クッション座面 ・ ビデオ	
返　却　日	年　　月　　日	

＊上記の個人情報は、チャイルドシート・カーベストレンタル事業以外の目的には使用いたしません。